**Tabela nr 6**

**Harmonogram ……………………**

 **(nazwa formy wsparcia)**

**realizowanego/-ych w ramach projektu nr………………… pn. …………….**

 **(numer projektu) (tytuł projektu)**

Oś Priorytetowa VIII - Rozwój rynku pracy

Działanie 8.2 Aktywizacja zawodowa osób nieaktywnych zawodowo

Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko uczestnika projektu** | **Nazwa (imię i nazwisko) i adres Wykonawcy usługi poradnictwa zawodowego/ Wykonawcy usługi pośrednictwa pracy/ Wykonawcy usługi wsparcia psychologicznego/ Wykonawcy szkolenia/ Organizatora stażu** | **Miejsce realizacji** **formy wsparcia** **(dokładny adres)** | **Termin realizacji formy wsparcia**  | **Godzina rozpoczęcia i zakończenia****… - …** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Sporządził (imię i nazwisko wraz z pieczęcią służbową):

Data i miejsce sporządzenia: